

ERYSIPEL SE ZÁVAŽNÝMI INTERNÍMI KOMPLIKACEMI

MUDr. Lubomír Drlík, MUDr. Hana Škodová

Dermatovenerologické oddělení, Šumperská nemocnice a. s.

Erysipel je časté onemocnění řešené v dermatologických, chirurgických nebo ORL ambulancích a v ordinacích praktických lékařů. Může mít velmi závažné časné i pozdní komplikace lokální nebo celkové, které mohou ohrozit i život pacienta.

Autoři popisují kazuistiku erysipelu, který byl provázen několika velmi závažnými interními komplikacemi.

Klíčová slova: erysipel, renální selhání, žilní trombóza, bronchopneumonie.

Dermatol. praxi 2008; 2(3): 154-155

Erysipel je onemocnění způsobené převážně beta-hemolytickým pyogenním streptokokem skupiny A, méně často skupin B, C, G, kultivačně mohou být někdy prokázány zlaté stafyloky či G-bakterie. Inkubační doba se pohybuje od několika hodin do 2 dnů.

Vstupní bránou infekce je porušená kožní bariéra (macerace, bércové vředy, ragády, eroze), recidivy vznikají většinou endogenní reaktivací bakterií.

Komplikacemi mohou být myo-, endo- nebo perikarditida, glomerulonefritida, revmatické postižení kloubů, pyartros, metastatická pneumonie, lymf- edém, lokální devastace tkáně, flebitida nebo flebotrombóza. Závažný celkový stav bývá u perakutních infekcí s febriliemi – mnohdy zastřené vědomí, obraz imponující jako cévní mozková příhoda.

Pro léčbu je rozhodující včasné podání antibiotik perorálně nebo intravenózně – zejména jsou využívána penicilinová antibiotika, cefalosporiny a makrolidy. Nevhodné je použití tetracyklinových preparátů.

Po skončení léčby následuje dlouhodobá profylaxe recidiv nejčastěji depotními peniciliny. Pacienti s recidivujícím erysipelem jsou na některých pracovištích navíc vybaveni účinným antibiotikem pro první pomoc. U recidivujících erysipelů se také osvědčila profylaktická imunomodulační léčba mikrobiálními vakcínami.

Kazuistika

Žena ve věku 52 let byla přijata na naše oddělení začátkem ledna 2007, pro dva dny trvajících bolestivost vnitřní strany levého kolena s následným zarudnutím, které se šířilo v celém rozsahu oblasti kolenního kloubu, večer se přidaly zimnice, třesavky, teplota 38 °C s progresí erytému distálním i proximálním směrem. Při přijetí teplota 39,1 °C, slabá, unavená, fyzikální interní nález v normě, TK 110/60, pulz 86/min.

Status localis: na levém kolenním kloubu otok a erytmové, palpačně mírně citlivé, teplejší ložisko velikosti 18 × 14 cm, pod kloubem skvamózní ložisko velikosti 4,5 × 3 cm s centrální medovou krustou.

Osobní anamnéza: od 23 let psoriasis vulgaris v predilekční lokalizaci – dermatologicky neléčena, sledovaná na revmatologii pro psoriatickou artropatii, ve 32 letech prodělala superficiální flebitidu na levé dolní končetině, několik roků se léčí pro sníženou funkci štítné žlázy.

Farmakologická anamnéza: Euthyrox 125 µg pro die, Flamexin tbl. dle potřeby.

Rodinná anamnéza: otec prodělal trombózu a trpěl na bércové vředy, matka postižena varikózním komplexem.

Diagnostický závěr při přijetí: erysipel event. flegmóna oblasti levého kolenního kloubu, chronická psoriasis vulgaris, psoriatická artropatie.

Laboratorní nálezy při přijetí: krevní obraz: leukocyty 14,1 (erytrocyty, hemoglobin, trombocyty v normě), sedimentace 80/hod. Biochemie: urea 10,3; kreatinin 153; CRP 289 (kyselina močová, jaterní testy, minerálie, osmolalita v normě). Moč a močový sediment: leukocyty 8–12, epitelie 10–15.

Terapie: antipyretika, Augmentin 1,2 g i. v. po 8 hod., rehydratační infuzní terapie.

Následující den pokles febrilií, pro zarudnutí a otok levého kolenního kloubu indikováno ortopedické konzilium k vyloučení pyartros.

Ortopedické vyšetření: omezená pohyblivost levého kolenního kloubu, za sterilních kautel provedena punkce – 5 ml slámového výpotku bylo odesláno na kultivaci a citlivost, doporučeno provedení rtg vyšetření levého kolena a doplnění ATB terapie

Obrázek 1. Erysipel – 6. den hospitalizace



na dvojkombinaci Augmentin 3 × 1,2 g + Gentamycin 240 mg i. v.

Kontrola renálních funkcí 3. den hospitalizace: elevace močoviny z 10,3 na 26,7, kreatininu ze 153 na 469, proto byla léčba Gentamycinem přerušena.

Urologické konzilium: neobstrukční nález na ledvinách, ultrasonografické vyšetření bez patologie, doporučena konzultace nefrologa.

Nefrologické konzilium: v. s. intrainfekční nefritis s akutní renální insuficiencí, vhodný překlad na interní oddělení, při progresi event. akutně dialýza.

Během několika desítek minut došlo k poklesu TK až na 80/50 – subšokový stav.

Při příjmu na JIP TK 95/50, pulz 96/min. Zaveden centrální venózní katétr (vstupní hodnoty centrálního žilního tlaku +3 mm H₂O), následovala rehydratace, léčba dvojkombinací antibiotik (Augmentin a Ciphin) a Solu-medrol 120 mg pro die. Za 7 dnů byla pacientka ve stabilizovaném stavu přeložena na standardní interní oddělení.

Opakovaně byla prováděna **dermatologická konzilia** se závěrem hemoragicko-bulózní nekrotizující erysipel levé dolní končetiny.

Ortopedické konzilium na interní JIP: bursitis praepatellaris l. sin., nelze vyloučit reaktivní parainfekční synovialitidu levého kolena při základním onemocnění, punktát sterilní, dle rtg vyšetření gonartróza II. stupně vlevo a snížení mediální kloubní štěrbin.

Hemokultury: opakovaně negativní.

Zvažováno bylo i systémové onemocnění, především pro 2 dny trvajících otoky horních končetin, přechodné zarudnutí kolena a kotníku pravé dolní končetiny, na rtg srdce a plic hydrothorax, při laboratorním vyšetření zmnoženy bílkoviny akutní fáze, imunoglobuliny v normě, RF, ANA, ENA, anti-dsDNA a tumor markery negativní.

Ultrasonografické vyšetření břicha: játra vyšší echogenity při steatóze, na levé ledvině septovaná cysta 2 cm, nad levou bránicí menší množství tekutiny v pleurální dutině.

Echokardiografické vyšetření: ejekční frakce levé komory 55%, stopová mitrální regurgitace, bez plicní hypertenze.

CT břicha: ileofemorální trombóza bilaterálně, drobný cystický útvar v pravém jaterním laloku o průměru 5,2 mm, cysta pravé ledviny, herniace tukové tkáně s defektem v bránici vlevo.

Pro nález ileofemorální trombózy bylo pátráno po možné neoplazii: gastrokopie, kolonoskopie, gynekologie, mamografie s negativními nálezy.

Postupně docházelo k normalizaci **laboratorních nálezů** mimo D-dimerů: kreatinin 285..100..83; urea 19,5..9,3..3,3; leukocyty 14,1..36,6..32..14,9..5,3; CRP 213..115..20,4..12,9; D-dimery 517..476..822; hemoglobin 145..112..108..130..120; kalium 4,4..3,9..4,2; ASLO 139..259; moč a močový sediment opakovaně na JIP i interně – 1x nalezena bílkovina +, krev +++, erytrocyty nejvýše 5–10 – ostatní vyšetření moče a močového sedimentu byly negativní.

Pacientka byla nastavována na antikoagulační terapii při zajištění nízkomolekulárními hepariny, rehydratována intravenózně a perorálně pro polyurickou fázi akutní renální insuficience – denně vymočila 5,5–6 litrů, medikovala Penclen tbl. 2–0–0 a Prednison 5 mg pro die.

Ve stabilizovaném stavu přeložena zpět na kožní oddělení, kde bylo pokračováno v zavedené terapii z interny. Byla sledována bilance tekutin: výdej 6 litrů denně – rehydratována 3 litry tekutiny intravenózně a 3 litry perorálně.

Druhý den došlo k rozvoji flebitidy kolem zavedené kanyly na pravé horní končetině s teplotami do 38 °C. Po změně antibiotika na Forcid Solutab došlo po několika dnech k poklesu teplot. Pro přetrvávající bolesti zad bylo provedeno revmatologické konzilium.

Revmatologické vyšetření: bez projevů recidivy psoriatické artritidy (spíše axiální postižení sakroiliakálního skloubení a lumbosakrální oblasti páteře), doporučeno ponechat Prednison 5 mg tbl dlouhodobě.

Laboratorní hodnoty: hemoglobin 119..116; leukocyty 5,1..5,7; erytrocyty 4,01..3,94; D-dimery 3022; urea 1,9; kreatinin 83; ASLO 252; CRP 35,7; INR 1,1..1,4..2,2; moč a močový sediment bez patologického nálezu.

Během 6. dne pobytu na kožním oddělení došlo k náhlému zhoršení celkového stavu – dušnost při sebemenší námaze a subfebrilie (poslechový nález

na plicích fyziologický i při vyšetření internistou), proto byla přeložena zpět na internu.

Na základě rentgenového snímku byla stanovena diagnóza bronchopneumonie levého dolního laloku.

Pacientka po úspěšné antibiotické léčbě (amoksilav intravenózně) mohla být po několika dnech propuštěna domů při denním výdeji 4 litry a negativním močovým nálezem. K ambulantní léčbě byl doporučen Prednison 2,5 mg denně, Penclen tbl., dostatečná perorální hydratace.

Koncem února 2007 byla přijata na interní oddělení pro bolesti na hrudníku a v zádech.

Interní nález byl fyziologický, TK 120/80, pulz 76/min, na EKG nespecifické změny.

Při laboratorním vyšetření: urea 4,2; kreatinin 96; CRP 29,9; leukocyty 8,3; erytrocyty 4,34; hemoglobin 123; D-dimery 693; rtg srdce a plic bez patologie. Na statim provedeném angio-CT vyšetření známky plicní embolie neprokázány. Pacientka byla po krátkém pobytu v nemocnici propuštěna domů s doporučením dalšího sledování na nefrologické ambulanci.

V polovině dubna navštívila naši ambulanci – z kožního a nefrologického hlediska úplně v pořádku (laboratorní hodnoty renálních funkcí v normě včetně cystatinu C, který je velmi citlivým ukazatelem postižení glomerulů), proto již nebude zvána na další nefrologické kontroly.

Z iniciativy praktické lékařky byla na přelomu března a dubna hospitalizována na interním oddělení jiné nemocnice k dovyšetření vysoké sedimentace.

Při přijetí sedimentace 50/68, objektivní interní nález bez patologie, TK 120/80, pulz 72/min.

Při laboratorním vyšetření: erytrocyty 4,61; hemoglobin 129; trombocyty 335; CRP 31..34; kreatinin 84..88; antityreoidální protilátky 241+; anti-tyreoglobulin; TSH v normě; IgG 16,62; ASLO 255; onkomarkery negativní.

Rtg srdce a plic, sonografie břicha, rtg rukou: bez patologického nálezu.

Ultrazvukové vyšetření štítné žlázy: laloky nezměněny, echogenita snižená, struktura hrubší, možnost subakutní tyreoiditidy.

Rtg sakroiliakálních kloubů: artikulární šterbiny asymetricky zúžené se sklerózou, v. s. při sakroilitidě.

Rehabilitační konzilium: gonalgie vlevo, gonarthrosis II. stupně vlevo chronická, nyní exacerbuující, vertebrogenní algický syndrom s dominancí na krční a hrudní páteři.

Uzavřeno jako **zvýšená sedimentace při sakroilitidě u psoriatické artritidy.**

Doporučeno nasadit methotrexát 2,5 mg 3–0–0 tbl, vysadit Penclen a rehabilitovat.

Závěr

Do té doby prakticky zdravá žena prodělala erysipel dolní končetiny, jehož lokální průběh byl vcelku běžný, ale který byl provázen velmi těžkými komplikacemi:

- akutním renálním selháním
- ileofemorální trombózou
- bronchopneumonií
- flebitidou horní končetiny při kanylaci žíly
- subšokovým stavem při hypotenzi.

Tyto komplikace si vynutily přibližně osmítýdenní hospitalizaci.

Nutno důrazně upozornit na možná rizika zejména ambulantní léčby erysipelu, kde ve velké většině případů nemůže být zajištěno adekvátní monitorování vnitřního prostředí, zejména kreatininu, osmolality, D-dimerů a také sledování příjmu a výdeje tekutin u febrilních pacientů.

V běžné dermatologické praxi nelze také rozpoznat doprovodnou bronchopneumonii.

V našem případě jsme kontrolovali kreatinin v krátkém sledu po příjmu zejména kvůli obavě z nefrotoxicity ortopedy ordinovaného gentamycinu. Nicméně jeho podání nebylo příčinou renálního selhání – to bylo způsobeno hypohydratací febrilní pacientky – normální hodnota osmolality při přijetí byla zavádějící (dle nefrologů se na tuto laboratorní hodnotu nelze vždy spolehnout).

Vnitřní prostředí je nutno vždy pravidelně sledovat, snažit se včas rozpoznat možné komplikace, pečovat o hydrataci, zajišťovat pacienty prakticky standardně nízkomolekulárními hepariny, samozřejmostí je kompresivní terapie.

Poděkování autorů MUDr. Věře Sztuchlíkové z nefrologické ambulance Šumperk za odborné konzultace a pomoc v léčbě.

MUDr. Lubomír Drlík

Dermatovenerologické oddělení,
Šumperská nemocnice a. s.
Nerudova 640/41, 787 52 Šumperk
e-mail: mudr.drlik@expresmail.cz

Literatura

1. Bergan JJ. The vein book. Elsevier 2007: 353–394.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH. Dermatologie a venerologie Martin: Osveta, překlad 4. německého vydání, 2001: 180–182.
3. Dzurík R, Šašinka M, Mydlík M, Kováč L. Nefrologie. Vydavatelství zdravotnické literatury Herba s. r. o., 2004: 645–656.
4. Jung EG, Moll I. Dermatologie. Thieme 2003: 138–141.
5. Karetová D, Staněk F. Angiologie pro praxi. Praha: Maxdorf, 2001: 204–235.

6. Korting GW. Dermatologie in Praxis und Klinik. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1979: 18.26–18.28.
7. Kvasnička J. Trombofilie a trombotické stavy v klinické praxi. Praha: Grada Publishing, 2003: 78–93.
8. Teplan V. Praktická nefrologie. Praha: Grada Publishing, 2006: 323–349.
9. Tesař V, Schück O. Klinická nefrologie. Praha: Grada Publishing, 2006: 82–104, 451–476.
10. Weber J, May R. Functionelle Phlebologie. Thieme, 1990: 393.